

Eveliina Erola, Katariina Pekonen & Heli Suutala

# **Sairaanhoitaja palliatiivisen vaiheen syöpää sairastavan potilaan tukijana**

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Opinnäytetyö

Kevät 2018

SeAMK Sosiaali- ja terveysala

Sairaanhoitaja (AMK)

SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU

## Opinnäytetyön tiivistelmä

Koulutusyksikkö: Sosiaali -ja terveysala

Tutkinto-ohjelma: Sairaanhoidaja (AMK)

Tekijä: Eveliina Erola, Katariina Pekonen ja Heli Suutala

Työn nimi: Sairaanhoidaja palliatiivisen vaiheen syöpää sairastavan potilaan tukijana

Ohjaaja: Marjut Asunmaa TtM, lehtori ja Asta Heikkilä TtT, yliopettaja

Vuosi: 2018

Sivumäärä: 44

Liitteiden lukumäärä: 2

Palliatiivinen hoito on vaihe, jolloin parantavaa hoitoa ei enää anneta, vaan hoito keskittyy oireenmukaiseen hoitoon. Palliatiivinen hoito voi kestää monta vuotta, kun taas siihen sisällytetty saattohoito kestää muutamasta viikosta muutamaa päivää, sijoittuen kuitenkin elämän viimeisiin hetkiin. Tuki, ja sen eri muodot ovat suuressa roolissa palliatiivisessa hoitovaiheessa. Jotta potilas kokisi olonsa turvalliseksi hoitojakson aikana, on sairaanhoidajan ymmärrettävä erilaisia tuen muotoja ja osattava tarjota niitä.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata, millainen on hyvä sairaanhoidajan tuki palliatiiviselle potilaalle. Tavoitteena oli tuottaa tietoa sairaanhoidajille palliatiivisen hoidon osaamisen kehittämiseksi. Opinnäytetyön tutkimuskysymys oli: Millaista on hyvä palliatiivinen hoitotyö sairaanhoidajan näkökulmasta?

Opinnäytetyö on toteutettu kuvailevalla kirjallisuuskatsauksella. Tietokannat, joista etsittiin tietoa, olivat Melinda, Medic, Cinahl, PubMed ja JBI (The Joanna Briggs Institute). Käypä hoito -suositukset ja manuaalinen haku kirjastoista olivat myös käytössä. Hakukielinä toimi suomi ja englanti. Aineistoon valittiin 19 (n=19) lähdettä. Aineisto analysoitiin induktiivisesti.

Opinnäytetyön tuloksissa nousi esiin viisi tärkeintä asiaa, jotka vaikuttavat hyvän tuen antamiseen: kokonaisvaltainen hoitotyö, emotionaalinen tukeminen, fyysinen tukeminen, vuorovaikutuksellinen tukeminen ja sairaanhoidaja tuen antajana. Kehittämiseksi muodostui palliatiivisen hoidon ja tuen eri merkityksien osaamisen lisääminen sairaanhoidajan koulutukseen. Johtopäätöksenä opinnäytetyöstä voitiin todeta, että vastavuoroisen ja luottamuksellisen hoitosuhteen luominen on ensiarvoisen tärkeää. Jatkotutkimusaiheena on, miten sairaanhoidajakoulutuksessa voidaan kehittää palliatiivisen hoidon osaamista.

Avainsanat: tuki, palliatiivinen hoito, sairaanhoidaja, syöpä

SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

## **Thesis abstract**

Faculty: School of Health Care and Social Work

Degree programme: Degree program in Nursing

Author/s: Eveliina Erola, Katariina Pekonen and Heli Suutala

Title of thesis: Nurse as a supporter of a palliative care state cancer patient

Supervisor(s): Marjut Asunmaa MNSc, Senior Lecturer and Asta Heikkilä PhD, Principal Lecturer

Year: 2018

Number of pages: 44

Number of appendices: 2

---

Palliative care is the state of care where there is no curative treatment anymore, but the treatment is focused on symptomatic care. Palliative care can last many years, whereas its related hospice care can take only a couple of weeks or a few days and it is taking place at the end of life. Support and its different variations have an important role in palliative care. In order for patients to feel safe, nurses must understand different variations of support and know how to provide them.

The purpose of this thesis was to describe good support to palliative care patients. The information obtained was intended to develop nurses palliative care skills. The research question of this thesis was: What is good palliative care nursing in health centre's ward from nurses' perspective?

The thesis is carried out as a descriptive literature review. The material was researched from databases such as Melinda, Medic, Cinahl, PubMed and JBI (The Joanna Briggs Institute). Current Care Guidelines and manual research from libraries were also used. The search languages were Finnish and English. 19 (n=19) sources was selected for material. The material was analysed by inductive content analysis.

The thesis' results indicate five important aspects that influence provision of good support: all-encompassing care, emotional support, physical support, interactional support and nurse's role as a supporter. A development idea is to bring more palliative care and different variations of support into nurses' education program. As a conclusion of the thesis, it was found that creating a reciprocal and trustful care relationship is important. A subject for further study could be how the school of health and care can improve studies of palliative care.

Keywords: support, palliative care, registered nurse, cancer

## SISÄLTÖ

Opinnäytetyön tiivistelmä.....	2
Thesis abstract.....	3
SISÄLTÖ .....	4
Käytetyt termit .....	6
1 JOHDANTO .....	7
2 SYÖPÄ JA SEN YLEISYYS .....	9
3 PALLIATIIVINEN HOITOTYÖ .....	11
4 SAIRAANHOITAJAN ANTAMA TUKI.....	13
4.1 Tuen käsite ja määritelmä .....	13
4.2 Tuen muodot.....	14
4.3 Vuorovaikutuksellinen tukeminen palliatiivisessa hoitotyössä.....	15
4.4 Sairaanhoitaja palliatiivisen vaiheen syöpää sairastavan potilaan tukijana .....	16
5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE .....	20
6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS .....	21
6.1 Hakustrategia ja -sanat .....	21
6.2 Toteutustapa, aineiston keruu ja analysointi .....	21
7 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET.....	24
7.1 Tulokset .....	24
7.2 Kokonaisvaltainen hoitotyö .....	24
7.3 Emotionaalinen tukeminen.....	26
7.4 Fyysinen tukeminen .....	27
7.5 Vuorovaikutuksellinen tukeminen.....	28
7.6 Sairaanhoitaja tuen antajana .....	30
8 POHDINTA .....	32
8.1 Tulosten tarkastelu.....	32
8.2 Eettisyys ja luotettavuus.....	34
8.3 Opinnäytetyön prosessin pohdinta .....	36
8.4 Jatkotutkimusaiheet ja kehittämis ehdotukset .....	37

LÄHTEET .....	38
KIRJALLISUUSKATSAUKSESSA KÄYTETYT LÄHTEET .....	42
LIITTEET .....	44

## Käytetyt termit

<b>Palliativinen hoito</b>	Parantumattomasti sairaan tai henkeä uhkaavaa sairautta sairastavan potilaan ja hänen läheistensä kokonaisvaltaista hoitoa. Tavoitteena ehkäistä ja lievittää kärsimystä sekä vaalia potilaan elämänlaatua. (Saarto 2015a, 10.)
<b>Neoplasia</b>	Solukon tai kudoksen epänormaali kasvu (Isola & Kallioniemi 2013, 10).
<b>Eksistentiaalinen</b>	Olemassaoloon liittyvä (Saarto 2015b, 10).
<b>Interpersonaalinen</b>	Ihmisten kahdenkeskistä vaihtoa osana vuorovaikutusta (Mattila 2011, 17).
<b>Integroituminen</b>	Ihmisten liittyminen erilaisiin sosiaalisiin ryhmiin (Mattila 2011, 17).

## 1 JOHDANTO

Palliativinen hoito määritellään parantumattomasti sairaan tai kuolevan potilaan sekä hänen perheenjäsenten kokonaisvaltaiseksi hoidoksi. Keskeistä palliativisessa hoidossa on ylläpitää elämänlaatua ja ehkäistä sekä lievittää potilaiden sekä perheenjäsenten kärsimystä. (Saarto 2015a, 10; Surakka ym. 2015, 13.) Palliativisessa hoitotyössä painottuvat ihmisen kokonaisvaltaisuus, itsemäärääminen, kunnioitus, yksilöllisyys, turvallisuus ja ihmiskeskeisyys. Hoitotyössä palliativinen potilas kohdataan fyysisenä, psyykkisenä, emotionaalisena ja sosiaalisena yksilönä. (Surakka ym. 2015, 7–8.) Sairaanhoitajat kartoittavat potilaan ja perheenjäsenen yksilöllisen elämäntilanteen ja tuen tarpeen vuorovaikutuksen ja nonverbaalisten viestien havainnoinnin avulla (Mattila 2011, 64–65, 83–84, 98–100).

Viimeisen vuosikymmenen aikana palliativisen hoidon asema on parantunut maailmanlaajuisesti. Euroopassa on tapahtunut merkittävää kehittymistä ja Suomi on ollut mukana kehityksessä. Kuitenkin palliativisen hoidon kehittämiseksi on tarvetta edelleen. (Saarto 2015c, 23–25.) On arvioitu, että seuraavan 10–15 vuoden aikana palliativisen hoidon tarve syöpäpotilaiden osalta kasvaa Euroopassa 20 % (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2016). Palliativisen hoidon integroitumisella terveydenhuoltojärjestelmään voitaisiin turvata hoitoa kaikille sitä tarvitseville. Tasa-arvoisen ja osaavan hoidon varmistamiseksi Suomeen tulisi saada kansallinen palliativisen hoidon suunnitelma National Palliative Care Plan. Lisäksi hyvin merkittävä palliativisen hoidon kehittämisen kohde on perusopetus sairaanhoitajakoulutuksessa. (Saarto 2015c, 23–25.) Kun huolehditaan koulutuksesta ja toiminnan organisoinnista, voidaan palliativista hoitoa kehittää nykyisten resurssien avulla (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2016).

Sairaanhoitajien työhön ja osaamisvaatimuksiin tulee muutoksia tulevassa sote-uudistuksessa. Osaamisvaatimuksiin vaikuttavat muutokset palvelurakenteessa, lainsäädännössä ja väestön palvelutarpeessa. Hoitotyön jaoston ehdotuksessa on nostettu esille, että kliiniseen hoitotyöhön erikoistuneen sairaanhoitajan osaamista hyödynnettäisiin entistä enemmän palliativisessa hoitotyössä ja saattohoidossa. Sotemuutoksen myötä sairaanhoitajan ja potilaan välinen suhde muuttuu. Sairaanhoitaja

tulee toimimaan yhä enemmän omahoidon tukijana sekä rohkaisee ja auttaa potilasta ylläpitämään omaa terveyttään ja hoitamaan sairauksia. Potilaalla puolestaan on suurempi rooli huolehtia omista terveysvalinnoista ja omahoidosta. (Hahtela & Meretoja 2017, 36–37.)

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata sairaanhoitajan antamaa tukea palliativisen vaiheen syöpää sairastavalle potilaalle terveyskeskuksen vuodeosastolla. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa sairaanhoitajille palliativisen hoidon osaamisen kehittämiseksi. Palliativisen hoidon ja siihen liittyvän osaamisen merkitys terveydenhuollossa korostuu väestön vanhetessa (Tyynelä-Korhonen 2013).



## 2 SYÖPÄ JA SEN YLEISYYS

Kansainvälisen syöpätutkimuskeskuksen (IARC) mukaan maailmassa todettiin vuonna 2008 noin 12,3 miljoonaa uutta syöpätapausta. Verrattuna kaikkiin syöpätapauksiin noin 7,6 miljoonaa ihmistä kuoli syöpään. Arvioiden mukaan syöpää sairastavia ihmisiä elää noin 29 miljoonaa. Eri syöpätyyppien yleisyys vaihtelee hyvin paljon riippuen maantieteellisistä rajoista. Maantieteellisten erojen epäillään johtuvan ympäristöön ja elämäntyyliin liittyvistä tekijöistä. Maantieteellisten erojen johdosta syövän ehkäisy on hyvin haastavaa. (Sankila 2013, 30.)

Suomessa syöpään sairastuu noin joka kolmas ihminen, riippumatta elämän vaiheesta. Ikääntynyt väestö tuo mukanaan uusia syöpätapauksia. Syöpätapauksia todetaan naisilla enemmän kuin miehillä, mikä johtuu rintasyövän yleisyydestä, kun verrataan miesten yleisimpään syöpään, eturauhassyöpään. (Syövän yleisyys 26.9.2014.) Riski sairastua syöpään kasvaa 50. ikävuoden jälkeen. Suomessa syöpään sairastuneiden keski-ikä on 67 vuotta. Syöpäkuolleisuus on suurempaa miehillä kuin naisilla, koska miehet sairastavat keuhkosityöpää, joka on huonoennusteisempi verrattuna naisten yleisimpään syöpään, rintasyöpään. (Sankila 2013, 30–32.)

Suomessa vuonna 2010 syöpätapauksia todettiin naisilla 14 570 ja miehillä 14 938 tapausta. Suomen Syöpärekisterin mukaan vuonna 2010 syöpään kuoli noin 11 000 ihmistä. Syöpää sairastaneita ja sen kanssa eläneitä oli elossa lähes 225 000 ihmistä. Näistä diagnooseista suurin osa oli vielä seurannan tai aktiivihoidon piirissä ja noin 90 000 ihmisen syöpädiagnoosista oli kulunut enintään viisi vuotta. Miesten yleisimmät syövät ovat eturauhas-, keuhko- ja henkitorven- sekä paksusuolensyöpä ja naisten yleisimmät syövät ovat rinta-, paksusuolen ja kohdunrunkon syöpä. (Sankila 2013, 30–31.)

Kudoksen tai solukon epänormaalia kasvua kutsutaan kasvaimeksi eli neoplasiaksi. Se on yleensä riippumaton ulkoa tulevista kasvuärsykkeistä sekä ihmisen elimistölle haitallista ja tarkoituksetonta. Kasvaimet jaetaan kliinisen jaottelun perusteella hyvän- ja pahanlaatuisiin kasvaimiin. Hyvänlaatuisten kasvainten kasvu on hidasta ja ne kohdistuvat paikallisesti tiettyyn alueeseen ihmisen elimistössä. Pahanlaatuiset

eli syöpäkasvaimet leviävät laajalle alueelle nopeasti. Kliinisen jaottelun avulla syövän biologiset ominaisuudet saadaan yksinkertaistettua. Pahanlaatuiset syöpäkasvaimet voivat olla ihmiselle kohtalokkaita ja aiheuttaa kuoleman. (Isola & Kallioniemi 2013, 10.)

Tässä opinnäytetyössä keskitytään kaikkiin aikuisväestön syöpiin ja syöpien palliatiivisen vaiheen hoitotyöhön yleisesti. Syöpää ei voida kuvailla vain yhtenäiseksi sairaudeksi. Se on joukko erilaisia syöpätauteja. Kaikki eri syövät poikkeavat toisistaan syiden, oireiden, tyyppien ja hoitojen perusteella. (Syöpätaudit, [Viitattu 12.12.2017].)

### 3 PALLIATIIVINEN HOITOTYÖ

Palliativista hoitoa annetaan, kun parantavaa hoitoa ei enää ole (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2016). Maailman terveysjärjestö WHO määrittelee, että palliativinen hoito on parantumattomasti sairaan tai kuolevan potilaan sekä hänen perheenjäsenten kokonaisvaltaista hoitoa. Hoitotyön keskeisenä tavoitteena on ehkäistä ja lievittää kärsimystä ja vaalia elämänlaatua. (Saarto 2015a, 10; Surakka ym. 2015, 13.) Kärsimyksellä voidaan tarkoittaa fyysistä, psykososiaalista ja eksistentiaalista eli olemassaoloon liittyvää kärsimystä (Saarto 2015b, 10).

Yksilön terveyttä kuvaava elämänlaatu on moniulotteinen käsite, johon liittyvät fyysinen, psyykkinen ja sosiaalinen hyvinvointi (Saarto 2015b, 10). Palliativisessa hoitotyössä korostuvat ihmisen kokonaisvaltaisuus, itsemäärääminen, kunnioitus, yksilöllisyys, turvallisuus ja ihmiskeskeisyys. Yksilöllisessä palliativisessa hoitotyössä potilas kohdataan kokonaisvaltaisesti; fyysisenä, psyykkisenä, emotionaalisena ja sosiaalisena yksilönä. (Surakka ym. 2015, 7–8.) Potilaan itsemääräämisoikeus tarkoittaa, että hoitoa toteutetaan yhteisymmärryksessä potilaan kanssa. Potilasta on hoidettava muulla lääketieteellisesti hyväksyttävällä tavalla, jos hän kieltäytyy tietystä hoidosta tai hoitotoimenpiteestä. (L 17.8.1992/785, 2 luku, 6 §.) Potilaalla on oikeus saada tietää omasta terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehtoista ja niiden vaikutuksista sekä muista hänen hoitoonsa liittyvistä asioista. Potilaalle annettavan tiedon tulee olla potilaan ymmärrettävissä. (L 17.8.1992/785, 2 luku, 5 §.)

Palliativinen hoito on laaja-alaisempi käsite verrattuna saattohoitoon ja suhteessa kuolemaan sillä ei ole ajallista määrettä (Saarto 2015a, 10). Palliativinen hoito on pidempiaikaista oireenmukaista hoitoa ja voi kestää jopa vuosia (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2016). Saattohoito on lyhytaikaisempaa hoitoa ja se sisältyy palliativiseen hoitoon. Se ajoittuu viimeisiin elinviikkoihin tai -päiviin, oletetun kuoleman välittömään läheisyyteen. (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2016; Hänninen 2015, 10–11.) Oleellinen osa palliativista ja saattohoitoa ovat kivun sekä muiden oireiden hoito sekä eksistentiaalisten ja psykososiaalisten ongelmien selvittely (Saarto

2015b, 10). Palliativista hoitoa toteutettaessa tulee huomioida oireiden subjektiivisuus. Oireiden hoidon lähtökohtana ovat potilaan ilmaisemat kokemukset oireista. (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2016.)

## 4 SAIRAANHOITAJAN ANTAMA TUKI

### 4.1 Tuen käsite ja määritelmä

Tuen määrittely sekä sisältö eivät ole yksiselitteisiä. Tuen käsitettä voidaan tarkastella tuen tavoitteen ja tarkoituksen avulla, lisäksi ihmisten välisten vuorovaikutussuhteiden luonteen sekä vuorovaikutuskäyttäytymisen avulla sekä sosiaalisten verkostojen laajuuden ja sisällön avulla. Tuki perustuu vuorovaikutuksen kiinnikkeisiin potilaan ja sosiaalisen ympäristön välillä. Tuen tarkoituksena on edistää potilaan hyvinvointia vuorovaikutuksessa syntyvien ja välittyvien resurssien eli voimavarojen avulla. Tukea voidaan tutkia myös tuen syntymisen ja kehittymisen näkökulmasta. Vuorovaikutteisuus, dynaamisuus sekä hyvinvointiin pyrkivä toiminta ovat yhteistä tuen kaikille näkökulmille. (Mattila 2011, 16.)

Tuki voi näyttäytyä toimintana, käyttäytymisenä tai resursseina. Tuen tavoitteena on edistää potilaan hyvinvointia ja voimavaroja sekä auttaa elämänmuutostilanteista selviytymisessä. Kun tuki määritellään sen tavoitteen mukaan, se esiintyy ilmiönä, joka näkyy lopputuloksensa kautta. Potilaan aktiivisuus on tällöin olennaisessa osassa. Tuki itsessään antaa voimavaroja. Voimavaroja hyödyntämällä potilas voi selviytyä erilaisista tilanteista. (Mattila 2011, 17.)

Tuen määritelmässä, jossa korostetaan vuorovaikutteisuutta, keskeistä on ihmisten välinen kommunikointi ja viestintä. Kommunikoinnin ja viestinnän avulla välitetään hyväksytyksi tulemisen, arvostuksen sekä huolenpidon kokemuksia. Vuorovaikutussuhde kehittyy tuen kontekstissa ja tuki myös ylläpitää vuorovaikutussuhteita. Vuorovaikutus on aiemmin ollut yksisuuntaista, myöhemmin vuorovaikutusta on korostettu vastavuoroisena sekä tuen antajan, että saajan välillä. Vastavuoroisuuden seurauksena syntyy kokemus tuesta. (Mattila 2011, 16–17.)

Tukea voidaan kuvailla interpersonaalisen eli ihmisten kahdenkeskisenä vaihtona osana vuorovaikutusta. Interpersonaalisessa vaihdossa nostetaan esille positiivisten tunteiden ilmaisu, avun tarjoaminen ja tuen saajan näkemys tuen vahvistavasta vaikutuksesta. Ihmisen kokemukset merkityksellisyydestä ja yhteenkuuluvuudesta muiden ihmisten kanssa ovat olennaisia. (Mattila 2011, 17.)

Tuki voi sisältyä myös ihmisen sosiaalisiin verkostoihin ja kontakteihin. Elämässä keskeisintä on tuen antajien ja sosiaalisten kontaktien määrä sekä ihmisen integroituminen eli yhtyminen erilaisiin sosiaalisiin ryhmiin. Verkostot ja sosiaaliset kontaktit voivat lisätä ihmisen yhteenkuuluvuuden tunteita, lisäksi sen avulla ylläpidetään tuen kokemuksia. Sosiaaliset verkostot ja kontaktit eivät takaa ihmisen tarvitsemaa määrällistä ja sisällöllistä tukea. Ne voivat jopa lisätä stressin kokemuksia ja vaikeuttaa elämänmuutostilanteista selviytymistä. (Mattila 2011, 17.) Esimerkiksi Sanelon (2012, 85–86) mukaan potilaat kertoivat saaneensa sairaanhoitajalta tukea pieneen ahdistukseen ja sen helpottamiseen. Konkreettinen tuki oli tilanteen muokaista; oireiden lievittämistä ja vähentämistä, tiedollista tukea ja neuvoja, taudin ja oireiden käsittelyä. Potilaille tarjottiin mahdollisuutta keskustella myös lääkärin kanssa.

## 4.2 Tuen muodot

Tuella on eri muotoja. Näitä ovat emotionaalinen, tiedollinen ja instrumentaalinen tuki. Lisäksi tuki voi esiintyä päätöksenteon, arvioivan ja hengellisen tuen muotoina. (Mattila 2011, 17–19.)

Emotionaalinen tuki on osa vuorovaikutusta, mikä välittyy kunnioituksen, rohkaisun, huolenpidon ja myötätunnon kokemuksina (Mattila 2011, 17–19). Sairaanhoitajat käyttävät tuen antamisessa emotionaalista ja tiedollista tukea. Emotionaalisen tuen menetelmät perustuvat vuorovaikutukseen ja tuki on välittämistä, luottamuksen rakentamista, turvan antamista sekä tunteiden käsittelyä. Sairaanhoitajat kokevat myös, että omien tunteiden ilmaisu ja näyttäminen auttavat potilasta. (Mattila 2011, 102–103.)

Tiedollinen tuki pohjautuu tietoihin ja neuvoihin. Tiedon tulee olla tukea tarvitsevan potilaan yksilölliseen tilanteeseen sopivaa. (Mattila 2011, 17–19.) Tiedollisen tuen menetelmä kuvailee sairaanhoitajan antamaa tiedonantamista sairaudesta sekä erilaisten kysymysten esittämistä ja vastausten antamista potilaalle ja perheenjäsenelle. Emotionaalisen tuen menetelmiä tunnistetaan määrällisesti enemmän kuin tiedollisen tuen menetelmiä, vaikka tiedon antaminen on yleisemmin nimetty tukimenetelmä. (Mattila 2011, 102–103.) Antamalla tiedollista tukea voidaan parantaa

syöpäpotilaan arvoja ja uskoa, jotta he voivat parantaa havainnointikykyään sairaudesta, vähentää hämmennystä, ahdistusta ja pelkoa, avustaa päätöksen teossa ja tukea selviytymään sairauden kanssa (Hébert & Fillion 2011, 115).

Instrumentaalinen eli konkreettinen tuki sisältää erilaisten palvelujen, apujen ja resurssien tarjoamisen vuorovaikutuksen yhteydessä (Mattila 2011, 17–19). Apua voi muun muassa antaa keittiössä, lasten kanssa, kaupassa käymisessä, liikkumisessa tai antamalla omahoitajalle vapaa-aikaa (Hébert & Fillion 2011, 114, 116).

Fyysinen tuki alkaa siitä, kun sairaanhoitaja tunnistaa täyttämättömät fyysiset tarpeet. Tämä kuitenkin voi osoittautua jokapäiväisessä elämässä hankalaksi asiaksi toteuttaa. Psykykinen tuki on ensisijainen syöpää sairastavalle potilaalle. Näin pystytään arvioimaan potilaan tarpeita, varsinkin kun sairaanhoitaja on yleensä potilaan ensisijainen tuen ja tiedon lähde. Huomioimalla potilaan psykykinen vointi, voidaan jopa ehkäistä mielenterveysongelmat. (Hébert & Fillion 2011, 114, 116.)

Kisvetrová, Klugar ja Kabelka (2013, 601, 604) kuvaavat tutkimuksessaan, että sairaanhoitajat toteuttivat kuolevan potilaan hoidossa arvokkuutta ja kunnioitusta. Nämä koettiin sellaisiksi tavoiksi, jotka ovat tärkeimpiä ja mahdollisia toteuttaa. Sairanhoitajat voivat mahdollisuuksien mukaan antaa potilaille hengellistä tukea heidän elämänsä loppuvaiheessa, mikäli he kokevat ahdistusta lähestyvästä kuolemasta. Hengellisen tuen antaminen auttaa hoitajia tekemään työtään empaattisesti, arvokkaasti ja kunnioittavasti. Hengellinen tuki helpottaa kuolemaan liittyvää ahdistusta ja auttaa säilyttämään oman arvokkuuden tunteen. Sen tarkoituksena on auttaa ymmärtämään kuoleman todellisuus.

### **4.3 Vuorovaikutuksellinen tukeminen palliatiivisessa hoitotyössä**

Vuorovaikutuksellinen tukeminen määritetään englanninkielisellä käsitteellä ”counselling”. Se tarkoittaa ohjaamista, neuvojen antamista ja kehottamista. Counselling käsittää laajaa vuorovaikutusta potilaan kanssa sosiaali- ja terveysalalla. Counseling-tason vuorovaikutus on kuuntelua, kysymistä, selvittämistä, eleillä ja ilmeillä viestimistä, yhdessä toimimista sekä tiedon jakamista. Tavoitteena counselling-ta-

son vuorovaikutuksella on ymmärtää ja tukea potilasta sekä lisätä asiakkaan voimavaroja. Sairaanhoitajan vuorovaikutuksellinen tukeminen on sisällöltään tiedottamista, neuvomista ja opettamista. Vuorovaikutusta voidaan ilmaista kahdella eri tavalla: sanallisella ja sanattomalla viestinnällä. Asiakslähtöisyys on olennainen osa vuorovaikutuksellista tukemista. Jokainen potilas on erilainen. Vuorovaikutustilanne on rakennettava jokaisen potilaan kohdalla hyödyntäen potilaan yksilöllisyyttä. (Vilén, Leppämäki & Ekström 2008, 11–12, 20–23.) Vuorovaikutustaidot ovat osa sairaanhoitajan ammattipätevyyden osaamisalueista (Eriksson ym. 2015, 31). Niitä pidetään usein itsestäänselvyytenä tai jopa toissijaisena osaamisalueena (Vilén ym. 2008, 17).

Hoitotyössä korostetaan usein potilaan kunnioitusta. Sanalle kunnioitus ei kuitenkaan osata antaa konkreettista sisältöä. (Vilén ym. 2008, 17.) Syöpäpotilaiden kunnioituksen kokemukset ovat huonosti ymmärretty siitä huolimatta, että kunnioitus on keskeinen ammatillisuuden osaamisalue terveydenhuollossa ja merkityksenkäs potilaan hyvinvoinnille. Lisäksi kunnioitusta tarvitaan toteutettaessa potilaalle optimaalista hoitoa. (Clucas 2016, 1719.) Käytännössä sairaanhoitajan ammattitaitovaatimus ”potilaan kunnioittaminen” ei tällöin toteudu. Kuten muitakin hoitotyössä tarvittavia ammattipätevyyden osaamisalueita, myös vuorovaikutustaitoja voi oppia ja kehittää jatkuvasti. (Vilén ym. 2008, 17.) Palliatiivinen potilas tulee kohdata kunnioittavasti (Surakka ym. 2015, 88). Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (L 17.8.1992/785) 2 luvun 3 §:ssä säädetään, että potilaalla on oikeus terveyden- ja sairaanhoitoon, joka on laadultaan hyvää. Potilasta on kohdeltava ja hoito on järjestettävä niin, että hänen vakaumustaan ja yksityisyyttään kunnioitetaan sekä hänen ihmisarvoaan ei loukata.

#### **4.4 Sairaanhoitaja palliatiivisen vaiheen syöpää sairastavan potilaan tukijana**

Sairaanhoitajan yleiset ammattipätevyyden osaamisalueet ovat huomioitu palliatiivisen hoitotyön asiantuntijuuden kriteereissä (Surakka ym. 2015, 9). Erikssonin ym. (2015, 7–8) mukaan sairaanhoitajan ammattipätevyys on osaamiskokonaisuus, joka muodostuu yhdeksästä ammattiosaamisalueesta, joita ovat;



1. asiakaslähtöisyys
2. hoitotyön eettisyys ja ammatillisuus
3. johtaminen ja yrittäjäyys
4. sosiaali -ja terveydenhuollon toimintaympäristö
5. kliininen hoitotyö
6. näyttöön perustuva toiminta ja päätöksenteko
7. ohjaus -ja opetusosaaminen
8. terveyden -ja toimintakyvyn edistäminen
9. sosiaali- ja terveystalvelujen laatu ja turvallisuus.

Suomen Palliatiivisen Hoidon Yhdistys (SPHY ry) on laatinut palliatiivisen hoitotyön asiantuntijuuden kriteerit vuonna 2011. Kriteereissä edellytetään hoitotyön auttamismenetelmien taitojen hallintaa, joita ovat läsnäolo, kuuntelu, kuuleminen, rauhoittaminen ja lohduttaminen. Asiantuntijan tulee hallita parantumattomasti sairaan potilaan lääkehoito sekä lääkkeetön hoito yhdessä muiden ammattiryhmien kanssa. Palliatiivisessa hoitotyössä korostuu potilaan toiveiden kuuleminen ja toimiminen potilaan voimavarojen ehdolla. (Surakka ym. 2015, 9.)

Palliatiivisessa hoitotyössä ammatillisuus kehittyy jatkuvasti. Ammatillisuus on perusta asiantuntijuudelle. Sairaanhoidajan edellytys asiantuntijana on tuntee palliatiivista ja kuolevan hoitamista koskevat ja niihin liittyvät suositukset ja säädökset kuten Käypä hoito -suositukset, hoitotyön suositukset ja lait. (Surakka ym. 2015, 10–12.) Sairaanhoidajat voivat edistää merkittävästi potilaan ja perheenjäsenen elämänlaatua toteuttamalla palliatiivisen hoitotyön tehtäviä, kehittämällä ammatillista osaamista sekä tekemällä yhteistyötä palliatiivisen hoidon erikoisryhmien kanssa (Pavlish & Geronky 2009, 411–412).

Palliatiiviseen hoitotyöhön liittyy ammatillisia haasteita. Ensimmäinen tyypillinen ammatillinen haaste kohdistuu palliatiivisen hoitotyön toteuttamiseen rutiinilla. Jatkuva oppimisen mahdollisuus sivuutetaan ja potilas muuttuu kohteeksi, jota hoidetaan ammattitaitoisesti, mutta vakiintuneilla hoitokäytännöillä. Toinen haaste on, että sairaanhoidaja ryhtyy itse toimijaksi ja uskoo tietävänsä muita paremmin, mikä on hyväksi potilaalle. Sairaanhoidaja voi tarkastella potilaalle toteuttamaansa hoitoa

omasta näkökulmastaan ja hoitaa potilasta, niin kuin haluaisi itseään hoidettavan. Kolmas haaste liittyy palliatiivisen hoitotyön tunnepitoisuuteen. Palliatiivisessa hoitotyössä koetaan monenlaisia tunteita. Kuoleman lähestyessä tunnepitoisuus lisääntyy. Sairaanhoidajan tulee osata kohdata tunteva ihminen. Sairaanhoidajan tehtävänä on auttaa parantumattomasti sairasta potilasta käymään läpi hänen tunteitaan vuorovaikutuksen avulla. Tunteiden läpi käymisessä tarvitaan aikaa ja kärsivällisyyttä. Sairaanhoidajan ei pidä mennä tunteisiin mukaan vaan hänen tavoitteenaan on tunnistaa tunteiden eri vaiheet sekä niihin liittyvät tunteet. Keskustelemalla potilaan tunnekokemuksista sekä potilas että sairaanhoidaja oppivat tunnistamaan potilaan eri tunnetilat. (Surakka ym. 2015, 10–12, 90.)

Sairaanhoidajien näkökulmasta potilaan ja perheenjäsenen tukeminen on kokonaisvaltaista hoitotyötä. Sairaanhoidajien pyrkimyksenä on luottamuksellisen hoitosuhteen luominen sekä mahdollistamalla potilaan ja perheenjäsenen hoitoon ja päätöksentekoon osallistuminen. (Mattila 2011, 31.) Tuen tarpeen tunnistamiseksi sairaan- sairaanhoidajat muodostavat ymmärryksen potilaan tilanteesta. Tunnistaminen käsittää yksilöllisen elämäntilanteen selvittämisen, henkisen hyvinvoinnin arvioinnin, sanojen ja hiljaisuuden taakse näkemisen ja vastavuoroisen hoitosuhteen rakentamisen. (Mattila 2011, 64–65, 83–84.) Sairaanhoidajien tunnistamismenetelmät ovat suurin osin vuorovaikutukseen sekä nonverbaalisten viestien havainnointiin ja tulkintaan perustuvia. Sairaanhoidajat kartoittavat potilaan ja perheenjäsenen yksilöllisen elämäntilanteen keskustelun, kysymysten sekä potilaskertomuksen tietojen avulla. Lisäksi sairaanhoidajat kokevat, että omaan intuitioon luottaminen on keskeinen menetelmä tunnistamassa tuen tarvetta. Sairaanhoidajan intuitio voi olla virheellinen, koska nonverbaalisten viestien tulkinta on haastavaa. Potilaan todellisesta tuen tarpeesta ei voi tehdä johtopäätöstä hänen käyttäytymisensä perusteella. (Mattila 2011, 98–100.)

Myös ammatillinen toiminta kuten omahoitajana toimiminen, tutkimustiedon käyttäminen sekä kollegoiden välinen yhteistyö edistävät potilaan ja perheenjäsenen tuen tarpeen tunnistamista. Ammatillinen toiminta ei kuitenkaan ole erillinen tuen tarpeen tunnistamismenetelmä, vaan se sisältyy välillisesti kaikkiin menetelmiin. Tuen tarpeen tunnistamista voi tapahtua koko ajan, kun potilas on hoidossa. (Mattila 2011, 64–65, 83–84.)

Sairaanhoitajat ovat asettaneet tukemisen päätavoitteeksi potilaan ja perheenjäsenen kokonaisvaltaisen terveyden ja hyvän olon ylläpitämisen sekä edistämisen. Päätaavoite muodostuu seuraavista käsitteistä, joita ovat tasapainoisen arkielämän jatkuminen, henkisten voimavarojen vahvistuminen, muuttuneen elämäntilanteen haltuun ottaminen, elämän kantamiseen luottaminen sekä perheen voimavarojen vapautuminen. Tuen tavoitteet voivat olla erilisiä potilaan ja perheenjäsenen näkökulmista, esimerkiksi potilaan voimavaroja pyritään tukemaan yksilöllisesti. Keskeistä tukemiselle on vahvistaa voimavaroja, perheenjäsenten välisiä suhteita, hoitotaitoja sekä terveyttä uhkaavien oireiden hallintaa. (Mattila 2011, 66–68, 100–102.)

Vain muutamat tutkimukset ovat tutkineet näkökulmia sairaanhoitajan roolista palliatiivisessa hoidossa (Pavlish & Ceronsky 2009, 405). Sairaanhoitajilla on ollut merkittävä rooli palliatiivisen hoidon kehittämisessä sekä palliatiivisten hoidon palveluiden tarjoamisessa. He ovat olleet ja ovat edelleen tärkeässä kärkejoukossa tuottamassa ja kehittämässä saatto- ja palliatiivisen hoidon palveluita kansainvälisesti. Erityisesti palliatiivinen hoitotyö on vaihtelevaa ja monitahoista. Se sisältää potilaan oireiden hallintaa sekä potilaan ja perheenjäsenen tukemisen, lisäksi yhteistyötä ja viestintää muiden palveluiden välillä sekä empatian ja kunnioituksen antamista potilaalle hänen hoidossaan. Sairaanhoitajien tulee olla tietoisia kulttuurillisesta moninaisuudesta sekä kuoleman ja menetyksen sosiaalisista seurauksista. (Payne 2009, 21–24.)

## **5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE**

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata sairaanhoitajan antamaa tukea palliatiivisen vaiheen syöpää sairastavalle potilaalle.

Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa sairaanhoitajille palliatiivisen hoidon osaamisen kehittämiseksi. Opinnäytetyön tutkimuskysymys oli: Millaista on hyvä palliatiivinen hoitotyö sairaanhoitajan näkökulmasta?

## 6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

### 6.1 Hakustrategia ja -sanat

Tiedonhaut tehtiin Melinda-, Medic-, Cinahl-, PubMed- ja JBI- (The Joanna Briggs Institute) tietokannoista, lisäksi käytettiin Käypä hoito -suosituksia ja kirjastojen valikoimia. Tiedonhaussa lähteet rajattiin vuosille 2007–2017. Hakukielinä käytettiin suomea ja englantia.

Hakusanat olivat palliatiivinen hoito, sairaanhoitaja, syövän hoito, syöpäpotilas, tuki, työelämäyhteys, potilasohjaus ja kirjallisuuskatsaus. Englanninkieliset hakusanat olivat palliative care, nurse, nursing, cancer treatment, cancer patient, support, working life, patient guidance ja systematic review.

Suomen- ja englanninkielisillä hakusanoilla löytyi paljon tietoa syövästä, palliatiivisesta hoidosta, sairaanhoitajan roolista, tukemisesta. Hakusanoilla tuli yhteensä 1096 lähdettä, joista otsikon ja tiivistelmän mukaan tutkimuksen aineistoon valittiin sisäänottokriteerejä vastaavat 19 (n=19) lähdettä. (Liite 1.)

### 6.2 Toteutustapa, aineiston keruu ja analysointi

Opinnäytetyön tutkimusmenetelmänä käytettiin kuvailevaa kirjallisuuskatsausta, jossa on sovellettu systemaattisen kirjallisuuskatsauksen periaatteita. Se tarkoittaa yleiskatsausta käytetyistä aineistoista. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus mahdollistaa uusia tutkittavia ilmiöitä systemaattista kirjallisuuskatsausta varten ja lisäksi se toimii itsenäisenä aineistona. (Salminen 2011, 6.) Aineisto koostui tällöin ensisijaisesti alkuperäistutkimuksista (Stolt, Axelin & Suhonen 2016, 25). Kirjallisuuskatsaus on tärkeä tutkimusmetodi, koska tämän kautta voidaan kehittää valmiiksi olemassa olevaa tietoa sekä toteuttaa uutta teoriaa ja tunnistaa erilaisia ongelmia (Salminen 2011, 3). Katsaukseen on tärkeä löytää mahdollisimman paljon tietoa tutkittavasta aiheesta (Stolt ym. 2016, 35). Tämän vuoksi tietoa haettiin hoitotieteellisistä tietokannoista.

Tutkimusten sisäänottokriteerejä olivat julkaisuvuodet 2007–2017, julkaisukielenä suomi tai englanti sekä tutkimuksen täytyi olla tieteellinen ja luotettava alkuperäislähde. Tutkimusaineiston sisällön tuli vastata opinnäytetyön tutkimuskysymyksen. Poissulkukriteerit olivat julkaisuvuosirajauksen ulkopuolella julkaistut lähteet, muu julkaisukieli kuin englanti tai suomi, ei-tieteelliset ja epäluotettavat lähteet sekä tutkimukset, jotka eivät vastanneet tutkimuskysymyksiin. Tutkimustietoa etsiessä arvioitiin lähteiden luotettavuutta ja sitä, onko tieto sovellettavissa kirjallisuuskatsaukseen. Kirjallisuuskatsausta tehtäessä etsittiin tietoa tieteellisistä tietokannoista ja niistä löytyvistä lähteistä. Opinnäytetyön tiedonhaun tavoitteena oli etsiä tietoa palliatiivisesta hoidosta sekä sairaanhoitajan tuen antamisesta palliatiivisen hoidon osaamisen kehittämiseksi.

Tietoa analysoitiin tarkastelemalla ja rajaamalla lähteitä niin, että ne tukivat opinnäytetyön tutkimuskysymystä. Analysoinnissa käytettiin induktiivista sisällön analyysia. Tällä tavoin voitiin analysoida lähteitä objektiivisesti eli puolueettomasti sekä systemaattisesti eli järjestelmällisesti. Analyysin ensimmäisessä vaiheessa määritettiin analyysiyksikkö, jota ohjaa aineiston laatu sekä tutkimustehtävä. Yleensä analyysiyksikkönä pidetään yhtä sanaa tai yhtä pientä lausetta. Kun analyysiyksikkö valittiin, lähteitä luettiin useita kertoja. Tämä loi pohjan analyysille. (Kygäs & Vanhanen 1999, 4–5.) Sisällön analyysin onnistumisen takaamiseksi, aineisto pelkistettiin sekä muodostettiin sitä kuvaavat käsitteet. Sisällön analyysiä käytetään eniten silloin, kun on tarpeen kuvata tai kuvailla jotakin asiaa. (Elo ym. 2011, 139.) Yläluokkia löytyi yhteensä viisi ja alaluokkia 18. Yhdeksi yläluokaksi muodostui kokonaisvaltainen hoitotyö. (Liite 2.)

## Liite 2. Esimerkki analyysirungosta.

Yläluokka	Alaluokka
Kokonaisvaltainen hoitotyö	Tuen tarpeen arviointi
	Perehtyminen potilaan kokonaistilanteeseen
	Hoitosuhte on vastavuoroista rakentamista

## 7 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

### 7.1 Tulokset

Opinnäytetyön tutkimuskysymys oli: Millaista on hyvä palliatiivinen hoitotyö sairaanhoitajan näkökulmasta? Tulosten mukaan sairaanhoitajan näkökulmasta hyvä palliatiivinen hoitotyö voidaan jakaa seuraaviin osa-alueisiin: kokonaisvaltainen hoitotyö, emotionaalinen tukeminen, fyysinen tukeminen, vuorovaikutuksellinen tukeminen sekä sairaanhoitaja tuen antajana.

### 7.2 Kokonaisvaltainen hoitotyö

Kokonaisvaltainen hoitotyö –yläluokka pitää sisällään alaluokat: tuen tarpeen arviointi, perehtyminen potilaan kokonaistilanteeseen ja hoitosuhde on vastavuoroista rakentamista.

*Tuen tarpeen arviointiin* sisältyvät psyykkiset, fyysiset, hengelliset ja sosiaaliset tarpeet, jotka ovat perusta hyvälle palliatiiviselle hoidolle. Näihin vastataan asiantuntevan moniammatillisen työryhmän kanssa. Hoito on merkityksellistä potilaalle, sillä se vaikuttaa hänen elämänlaatunsa ja loppuelämän aktiivisuuden säilyttämiseen. Palliatiivisessa hoidossa ei enää hoideta itse sairautta, vaan hoidon kuuluu olla kokonaisvaltaista hoitoa, jossa huomioidaan parantumattomasti sairaan ja kuolevan potilaan oireiden mukainen hoito. Näin mahdollistetaan hänelle hyvä loppuelämä sairaudesta huolimatta. (Ahokas-Kukkonen 2008, 21; Myller 2008, 7; Päivinen 2008, 31; Grönlund & Huhtinen 2011, 77; Hiltunen 2015, 223; Kangasniemi ym. 2015, 215.)

*Perehtyminen potilaan kokonaistilanteeseen* tarkoittaa sairaanhoitajan tehtävää pohtia ja arvioida tuen mahdollisuuksia: yksilölliseen elämäntilanteeseen, henkiin ja fyysiseen vointiin sekä hänen mieltymyksiinsä (Heikkinen 2004, 41; Mikkola 2006, 199; Mattila ym. 2010b, 33–34; Sairaanhoitajien ja syöpää... 2011, 2). Sairaanhoitaja korostaa tuen antajana psyykkistä tukea, merkittävää hoitoa, selviytymistä, jaksamista ja tiedon rakentamista (Mikkola 2006, 199; Päivinen 2008, 31).



Sairaanhoitajan tehtävänä on vahvistaa potilaan selviytymiskeinoja ja auttaa potilasta mukautumaan muuttuneeseen elämäntilanteeseen, elämään sairauden kanssa ja tukea potilaan henkisiä voimavaroja. Jotta tukimenetelmien valinta olisi helpompaa ja hoito luottamuksellista sekä yksilöllistä, täytyy sairaanhoitajan tunnistaa tuen tarpeet. (Mikkola 2006, 200; Mattila ym. 2010b, 34.)

*Hoitosuhde on vastavuoroista rakentamista*, jolloin sairaanhoitajan tulee huomioida potilaan valmiutta ja halukkuutta keskusteluun (Mattila ym. 2010b, 36; Sairaanhoitajien ja syöpää... 2011, 2). Sairaanhoitaja voi kysyä, kuunnella ja keskustella potilaalta psyykkisistä oireista, jotta potilas saisi tukea pelkojensa laannuttamiseen ja mahdollisia keinoja selviytymiseen (Mikkola 2006, 201; Idman 2015, 218, 220). On tärkeää, että hoitohenkilökunnan, potilaan ja perheenjäsenten välille syntyy luottamuksellinen hoitosuhde, sillä tieto on osa merkityksellistä tukea (Mikkola 2006, 203; Ahokas-Kukkonen 2008, 21). Jokaisella hoitoyksiköllä tulisi olla aina yksi huone vapaana, jotta sairaanhoitajat, potilaat ja perheenjäsenet voisivat rauhassa keskustella myös arkaluonteisista asioista (Chen & Raingruber 2014, E5).

Towers kertoo tutkimuksessaan *Providing psychological support for patients with cancer* (2007, 56), mitkä ovat tuen antamisen keskeisimmät säännöt;

- Kysy avoimia kysymyksiä
- Arvio tarkkaan, mitä potilas haluaa tietää
- Vältä ammattikieltä ja/tai lääketieteellisiä termejä ilman niiden selityksiä
- Ole rehellinen, mutta vältä sitä, mitä potilas ei halua tietää
- Arvio oma tuen tarpeesi
- Tee ja/tai etsi aikaa ja anna potilaalle jakamaton huomiosi
- Kirjaa keskustelu huolellisesti
- Ole empaattinen
- Anna palautetta
- Kuuntele
- Järjestä neuvottelutilanteita

### 7.3 Emotionaalinen tukeminen

Emotionaalinen tukeminen –yläluokka pitää sisällään alaluokat: hyvä hoitosuhde, ajan antaminen ja saatavilla oleminen, hyväksyä potilas ehdoista ja taito nähdä sanojen ja hiljaisuuden taakse.

*Hyvä hoitosuhde* potilaan ja sairaanhoitajan välillä koetaan merkitykselliseksi. Palliatiivisessa hoidossa on keskeistä, että potilas saa halutessaan fyysistä kosketusta. Sairaanhoitajan tulee aidosti välittää potilaasta ja olla hänestä huolissaan. Hyvät vuorovaikutus- ja ihmissuhdetaidot vahvistavat sairaanhoitajan antamaa tukea. (Mikkola 2006, 209–210.) Sairaanhoitaja voi tarjota emotionaalista tukea, johon kuuluu kuuntelu, myötäeläminen, koskettaminen, rohkaiseminen, potilaan toivomusten huomioon ottaminen, lohduttaminen, kannustaminen ja läsnä oleminen (Heikkinen ym. 2004, 46). Palliatiivisessa hoitotyössä on tärkeää, että hoitosuhde perustuu luottamukseen. Sairaanhoitajan tulee aidosti välittää potilaasta sekä hänen perheestään. Sairaanhoitajan on oltava empaattinen. Luottamusta tukee avoimuus ja rehellisyys sekä sanaton viestintä ja koskettaminen. Näin voidaan luoda positiivisia tunnekokemuksia, jotka antavat voimavaroja vaikeuksia vastaan, joita sairaus luo. (Heikkinen ym. 2004, 46; Towers 2007, 56.)

Kommunikoiminen syöpäpotilaiden kanssa voi olla hyvinkin haastavaa. Sairaanhoitaja, jolla on hyvä taito kuunnella ja on ymmärtäväinen, antaa potilaalle tehokasta ja hyvää tukea. (Towers 2007, 57; Ahokas-Kukkonen 2008, 21.) Potilas tulee osata kohdata oikein (Ahokas-Kukkonen 2008, 21). Sairaanhoitajien valmius tukea potilaan tunneperäisiä huolia voi olla vähäistä. Kuitenkin sairaanhoitajan täytyy osata tehdä psyykkistä arviota potilaalle. Palliatiivisen vaiheen syöpää sairastavan potilaan tulee sairaanhoitajan avulla selviytyä kuolemaa käsittelevistä peloista ja haasteista. Tähän tarvitaan sairaanhoitajalta taitoa tukea potilaan psyykettä. On tärkeä arvioida potilaan henkisiä valmiuksia ja mieltymyksiä. Tuki koetaan onnistuneeksi, kun potilas kokee, että pärjää sairautensa kanssa. Lisäksi sairaanhoitajan ja potilaan keskinäiset suhteet luovat positiivisia kokemuksia. (Sairaanhoitajien ja syöpää... 2011, 2; Aalberg & Idman 2015, 869.)

*Ajan antaminen ja saatavilla oleminen* ovat potilaalle tärkeää ja hänelle täytyy saada tunne, että joku on häntä varten (Mikkola 2006, 209–210). Läsnäolo on nonverbaalista viestintää. Sairaanhoidajan on tärkeää olla helposti saatavilla, ja hänen tehtäväänään on toimia aktiivisena ja aloitteellisena tekijänä toiminnan käynnistämisessä sekä psyykkisen selviytymisen tukemisessa. Merkittävänä tekijänä inhimillisessä läsnäolossa on yhdessäolo, yhteisymmärrys, empaattisuus, vuorovaikutus, kuuntelu, kosketus ja välittäminen. (Towers 2007, 57; Mikkola 2010, 209.) Kun hoitohenkilökunta antaa potilaalle ja perheenjäsenille laadukasta hoitoa ja tukea potilaan loppuaikoina, on hoitohenkilökunnan oltava siihen riittävän valmistautuneita (Fitch, DasGupta & Ford 2016).

*Hyväksyä potilas ehdoista*, on sairaanhoidajan tehtävä, sillä se on aitoa potilaan kohtaamista (Heikkinen 2004, 44-45). Tähän kuuluu myös se, että potilas ei välttämättä halua apua, joten potilaan ja sairaanhoidajan on päästävä hyvään vuorovaikutussuhteeseen, jotta tällaiset asiat tulisivat esille (Fitch ym. 2016). Emotionaalinen tukeminen on vastavuoroisen hoitosuhteen rakentumista. Tätä tukee sairaanhoidajan positiivisuus. Potilaan tulee saada kannustusta ja rohkaisua. Tuki koetaan erityisen onnistuneeksi, jos potilaan positiivisia asioita tunnustetaan ja niitä käytetään voimavaroina. Joidenkin potilaiden kohdalla diagnoosi sairaudesta voi olla niin kuormittava, että potilaan on välttämätöntä löytää positiivisia asioita sekä pyrkiä saavuttamaan pieniä tavoitteita. (Mikkola 2006, 205-206; Mattila 2010b, 33-36.)

*Taito nähdä sanojen ja hiljaisuuden taakse* kuuluu sairaanhoidajan osaamiseen, sillä joskus potilaan sanat ja pyynnöt voivat olla epäsuoria. Tällaisia keinoja ovat tunteiden käsittely ja niistä puhuminen, kuolemaan liittyvien haasteiden ymmärtäminen, psykoemotionaalinen hoito ja hyvä hoitosuhde. (Mattila ym. 2010, 34b, 206; Sairaanhoidajien ja syöpää... 2011, 3.) Kuoleva potilas kaipaa usein fyysistä läsnäoloa ja mahdollisesti kosketusta (Idman & Aalberg 2013, 869).

## 7.4 Fyysinen tukeminen

Fyysinen tukeminen –yläluokka pitää sisällään alaluokat: konkreettinen tukeminen, omatoimisuuteen tukeminen ja konsultaatioapu.

*Konkreettinen tukeminen* toteutuu usein fyysisenä apuna ja on sairaanhoitajan käsityksen mukaan ensisijaisia tuen muotoja (Mikkola 2011, 199). He kokevat, että heillä on paremmat valmiudet vastatessaan potilaan fyysisiin tarpeisiin kuin psyykkisiin tarpeisiin. Psyykkiset tarpeet koetaan vaikeiksi ja valmiudet vastata niihin on heikkoa. (Sairaanhoitajien ja syöpää... 2011, 2.)

*Omatoimisuuden tukeminen* tarkoittaa potilaan aktivoimista oman tilanteensa halltuun ottamiseen sekä mielekkyyden löytämiseen. Sairaanhoitajat auttaessaan potilaita etsimään selviytymiskeinoja viittaavat tällöin omatoimisuuden tukemiseen. Sairaanhoitajat arvioivat, että omatoimisuuden tukeminen on hyvin merkittävää. He kuitenkin kokevat, että siihen ei ole riittäviä ajallisia resursseja. (Mikkola 2011, 201.)

*Konsultaatioapu* ja auttamisverkostojen aktivoiminen voidaan käsitellä tukena, joka on konkreettista ammatillista apua silloin, kun se on konsultaation käyttöä ja auttamisverkostojen aktivoimista. Sairaanhoitajien resurssit ovat rajalliset, joten heillä ei tarpeeksi aikaa potilaalle. Tilanteissa, joissa resurssit ovat rajallisia, täytyy sairaanhoitajan hyödyntää konsultaatioapua. (Mikkola 2011, 201–202.)

## **7.5 Vuorovaikutuksellinen tukeminen**

Vuorovaikutuksellinen tukeminen –yläluokka pitää sisällään alaluokat: potilaan tukeminen vuorovaikutuksellisen keinoin, tunteista puhumisen kannustaminen ja pyrkiä tarjoamaan potilaille tarpeiden mukaista ohjausta.

*Potilaan tukeminen vuorovaikutuksellisen keinoin* on sairaanhoitajan tehtävä. Potilas tulee hyväksyä sellaisena, kuin hän on ja sairaanhoitajan täytyy ymmärtää häntä. Hyvän hoitamisen perustana on kuuntelu ja keskustelu. Aktiivinen kuuntelu vaatii sairaanhoitajalta täyden keskittymisen. Keskustelun tulee vahvistaa potilaan omia psyykkisiä selviytymiskeinoja, jotta hän pystyisi hallitsemaan pelkoaan sairaudesta ja sen etenemisestä. Psyyken vahvistamiseksi sairaanhoitajan täytyy myös esittää kysymyksiä potilaalle, kuuntelun ja keskustelun lisäksi. (Heikkinen 2004, 44–49; Towers 2007, 56–57; Idman 2015, 218–220.) Potilas voi myös haluta puhua menneisyydestään ja näin valmistautua tulevaan. Sairaanhoitajan rooli on tällöin olla aktiivinen kuuntelija ja antaa potilaalle jakamattoman huomionsa. (Heikkinen

ym. 2004, 49; Idman & Aalberg 2013, 869.) On olemassa tiettyjä sääntöjä, joilla potilaan kanssa keskusteleminen koetaan onnistuneeksi. Sairaanhoidajan tulee kysyä avoimia kysymyksiä huomioiden potilaan halukkuus puhua. Potilaan epäsuoriin vihjeisiin reagoiminen voi olla haastavaa, mutta näiden huomioiminen takaa potilastyytyväisyyttä. Rehellisyys luo vastavuoroisuutta hoitosuhteessa, silti sairaanhoidajan täytyy osata arvioida, mitä potilas haluaa tietää. Lääketieteellistä termistöä tulee välttää keskustellessa sairaudesta ja eri hoitovaihtoehdoista. (Towers 2007, 56; Sairaanhoidajien ja syöpää... 2011, 2–3; Idman & Aalberg 2013, 869; Saukkonen 2017, 199–202.)

*Tunteista puhumisen kannustaminen* on sairaanhoidajan työtä. Olennaista tunteista puhumisessa on, miten sairaanhoitaja vastaa potilaan tunteisiin. Hänen täytyy reagoida potilaan tuen tarpeisiin. Sairaanhoitaja auttaa keskustelun avulla löytämään potilaan mahdollisia omia selviytymiskeinoja. Yksi tukikeino on potilaan tarpeisiin vastaaminen viestinnän avulla. Keskustelulle täytyy antaa aikaa sekä kirjata käyty keskustelu huolellisesti. Sairaanhoidajan on käytävä keskustelu potilaan kanssa siitä, mikä on potilaan sairaus ja mitä apuja hänelle on saatavilla. Potilaalle annetaan aikaa kertoa oma mielipiteensä asiaan. Silti on tärkeä ymmärtää, etteivät kaikki potilaat halua apua, koska jokaisella potilaalla on erilaiset tarpeet saada tukea. (Mikkola 2006, 201–209; Towers 2007, 56; Sairaanhoitaja ja syöpää... 2011, 2–3; Fitch ym. 2016.)

*Pyrkiä tarjoamaan potilaille tarpeiden mukaista ohjausta* on sairaanhoidajan velvollisuus. Palliatiivisessa hoidossa on erityisen keskeistä, että potilas saa tarpeeksi hyvää ohjausta sairaanhoitajalta. Sairaanhoidajalla on velvollisuus jakaa tietoa potilaalle ja hänen läheisilleen. Hoitotyössä annetaan informatiivista tukea sekä arvioidaan menetelmiä, joilla tukea annetaan. Sairaanhoidajan tehtävä on kertoa potilaalle tietoa sairaudesta ja näin he voivat tukea potilaan jaksamista ja selviytymistä. Tiedon antaminen on yksi merkityksellisimmistä tukemisen keinoista, koska tällä tavalla annetaan potilaalle myös hänen tarvitsemaansa läsnäoloa. (Mikkola 2006, 199–203; Mattila ym. 2010a, 742; Sairaanhoitaja ja syöpää... 2011, 2–3; Idman 2015, 219.)

## 7.6 Sairaanhoidaja tuen antajana

Sairaanhoidaja tuen antajana –yläluokka pitää sisällään alaluokat: ammattitaitoinen ja oikea-aikainen palliatiivinen hoito, monitieteellinen tukeminen, aloitteellinen tuen antaja, huomioida läheisten halu osallistua potilaan hoitoon ja realistinen ohjaus

*Ammattitaitoinen ja oikea-aikainen palliatiivinen hoito* tukevat potilasta. Kun palliatiivinen hoito on integroitu varhaisessa vaiheessa ja hoidon saatavuus esteetöntä, se lisää potilaan ja perheenjäsenen tuen saannin kokemusta. (Saukkonen 2017, 202.) Hoitohenkilökunnan tulee olla riittävän valmistautuneita antamaan tukea, kun he tarjoavat merkityksellistä ja laadukasta loppuelämän hoitoa potilaille ja perheenjäsenille (Fitch ym. 2016). Potilaan taustatekijöiden ja organisatoristen tekijöiden tuntemus ja ymmärtäminen ovat ratkaisevan tärkeitä asioita tarjottaessa näyttöön perustuvaa tukea potilaalle (Mattila ym. 2010a, 742). Sairaanhoidajat kokevat haastavaksi hoitaa samanaikaisesti useampaa kuolevaa potilasta, eettisiä ongelmia sisältäviä tilanteita ja ristiriitatilanteita potilaiden sekä perheenjäsenten kanssa (Sairaanhoidajien ja syöpää... 2011, 2–3). Sairaanhoidajat haluavat auttaa toisiaan ja ratkaista ongelmia. Tämä on hyödyllistä, kun käsitellään psykososiaalisia ongelmia. Sairaanhoidajat voivat tuntea olonsa epämukaviksi tilanteissa, kun syöpähoidoissa ei ole varsinaista ratkaisua. Tämän seurauksena sairaanhoidaja voi olla altis estämään epämukavia tunteita. (Towers 2007, 53.)

*Monitieteellinen tukeminen* potilaalle vähentäisi sairaanhoidajan huolta huonosta kommunikaatiosta hoitotiimien välillä, mikä vaikuttaa myös psykososiaaliseen hoitoon. Itsehoidon strategiaa pitäisi käsitellä koulutuksessa. Sen avulla voitaisiin minimoida hoitajien tunnetta siitä, että heillä ei ole voimia psykososiaalisen hoidon tarjoamiseen. (Chen & Raingruber 2014, E5.) Lisäksi ottamalla enemmän vastuuta potilaan psyykkisestä hoidosta ja kehittämällä kokemusta voi sairaanhoidajien itsevarmuus korvata potentiaalisten resurssien puutteet tai epävarmuuden hoitaa tilanteet tehokkaasti (Towers 2007, 57).

*Aloitteellinen tuen antaja* on sairaanhoidajan rooli, joten hän noudattaa tiettyä strategiaa ja tuen antajana suunnitelmallista aktiivisuutta. Sairaanhoidajat tuen antajina nostavat esille selviytymiseen, tiedon rakentamiseen ja jaksamiseen liittyviä merkityksiä. Tuki voidaan jäsenellä tuen antajan näkökulmasta aloitteellisuudeksi tai

responsiivisuudeksi vuorovaikutuksessa. Kun tuki on aloitteellista, toiminta on aktiivista ja korostaa viestinnän intentionaalisuutta eli tarkoituksellisuutta sekä supportiivisten eli tukea antavien tiedon tuottamista. Läsnäolo, kuunteleminen ja tuen tarpeisiin vastaaminen on responsiivisuutta. Tuelle annetut merkitykset liittyvät interpersonaaliseen vuorovaikutukseen ja sairaanhoitajan ammatilliseen toimintaan. Lisäksi tuen mahdollisuuksien pohtiminen sisältyy tukemiseen. Tuen antamisen yhteydessä viitataan läheisesti resurssikysymyksiin. Sairaanhoitajat kokevat, että heillä ei ole tarpeeksi aikaa potilaan kanssa käytävään vuorovaikutukseen. Lisäksi sairaanhoitajaa kuormittavat tekijät heijastuvat tukeen. Työtä ei voida tehdä niin hyvin, kuin sen osaisi. Sairaanhoitajien omat epävarmuuden, riittämättömyyden ja avuttomuuden kokemukset varjostavat tuen antamista. (Mikkola 2006, 199, 211, 218.)

*Huomioida läheisten halu osallistua potilaan hoitoon* kuuluu sairaanhoitajalle. Turvallisuudentunne lisääntyy perheeltä saadun tuen ja parisuhteessa keskinäisen tuen antamisen seurauksena. Kun potilas ja perheenjäsen tukevat toisiaan, on muuttunut elämän tilanne helpompi sietää. Sairaanhoitajan on tärkeää tukea perheenjäsenten välistä vuorovaikutusta, jotta perheen yhtenäisyys ja keskinäinen tuki säilyvät. Potilaan ja perheenjäsenten hyvät keskinäiset suhteet tukevat hoitoa ja lisäävät perheenjäsenten yhteenkuuluvuuden tunnetta. (Mattila ym. 2010b, 36; Saukonen 2017, 201.) Sairaanhoitajien tulee arvioida, että potilaalla on voimavaroja riittävästi ja huomioida, että potilaalla on tukenaan sosiaalinen verkosto (Sairaanhoitajien ja syöpää... 2011, 3).

*Realistinen ohjaus* sairaanhoitajalta ja rehellinen puhuminen kuolemasta palliatiiviselle potilaalle on tärkeää. Onnistuneen ohjauksen edellyttämiseksi sairaanhoitajan tulee osata arvioida, mitä potilas haluaa tietää. Kunnioituksen säilyttämiseksi ohjauksessa täytyy olla rehellinen, mutta myös kunnioittaa potilaan päätöksiä, jos potilas ei halua tietää enempää sairaudestaan. Kaikissa sairauden ja hoitojen vaiheissa on muistettava, ettei turhaan järkytä potilasta. Aina järkyttämiseltä ei voi välttyä, joten on tärkeää osata rauhoitella potilasta ja olla läsnä. Vaikeita asioita kertoessa potilaalla täytyy säilyä oma arvokkuutensa eikä häntä saa nolata tai syyllistää sairaudestaan. Palautteen ja ajan antaminen on tärkeä osa onnistunutta ohjausta. (Mikkola 2006, 203; Towers 2007, 56; Aalberg & Idman 2013, 866.)

## 8 POHDINTA

### 8.1 Tulosten tarkastelu

Tuloksiin otettiin kaikki viisi yläluokkaa: kokonaisvaltainen hoitotyö, emotionaalinen tukeminen, fyysinen tukeminen, vuorovaikutuksellinen tukeminen ja sairaanhoitaja tuen antajana.

Sairaanhoitajan toimet potilaan loppuvaiheen hoidossa ovat välttämättömiä laaduka-  
kaan ja kokonaisvaltaisen hoidon tarjoamiseksi. Hoitajien antama hoito perustuu oi-  
reiden hallintaan ja fyysiseen tukeen. (dos Santos Coropes ym. 2016, 4927, 4932.)  
*Kokonaisvaltainen hoitotyö* nimeää kaikki potilaan ongelmat fyysisiin, psyykkisiin,  
sosiaalsiin, ja eksistentiaalsiin oireisiin (Anttonen & Susanna 2014, 13). Sosiaali-  
ja terveysalan ammattilaiset kokevat, että potilaan itsemääräämisoikeuden toteutu-  
minen ja tämän mahdollisuus vaikuttaa itse omaan hoitoonsa, ovat tärkeitä. Myös  
psykoterapeuttisen tuen saamisen mahdollistaminen ja saannin helpottaminen, ja  
hengellinen ja sielunhoitotyön kehittäminen ovat keskeisiä. (Erjanti ym. 2014, 43.)  
Kuten Surakka ym. (2015, 9), kuvaavat tutkimuksessaan, että läsnäolo, kuuntelu,  
kuuleminen, rauhoittaminen ja lohduttaminen ovat sairaanhoitajan edellytykset hoi-  
totyön auttamismenetelmissä. Myös potilaan toiveiden kuuleminen ja toimiminen  
heidän omien voimavarojen rajoissa ovat osa palliatiivista hoitotyötä.

*Emotionaalinen tukeminen* välittyy kunnioituksena, rohkaisuna, huolenpitona ja  
myötätunnon kokemuksina (Mattila 2011, 17–19). Emotionaaliseen tukeen kuuluu,  
että potilas saa hyväksynnän sairaanhoitajan kasvoista ja ilmeistä. Sairauden  
vuoksi potilas ei välttämättä näytä omalta itseltään, joten ulkopuolisten ihmisten kat-  
seet voivat olla hyvinkin hämmästeleviä ja kauhistuneita. On tärkeää, että sairaan-  
hoitajan katseesta välittyy potilaalle, että hän saa olla juuri sellainen kuin on. Lisäksi  
oleellinen osa emotionaalista tukea on sairaanhoitajan kehon kieli. Keskustelles-  
saan potilaan kanssa sairaanhoitajan kuuluu olla lähellä ja olla läsnä. Sairaanhoita-  
jan on tärkeä olla aidosti kiinnostunut potilaan asioista. (Hietanen 2015, 244–245.)  
Myös Mattila (2011, 102–103), kertoo omassa tutkimuksessaan, että sairaanhoitajat  
kokevat omien tunteiden ilmaisun ja näyttämisen auttavan potilasta. Emotionaalinen



tuki on välittämistä, luottamuksen rakentamista, turvan antamista sekä tunteiden käsittelyä.

*Fyysinen tukeminen* tarkoittaa potilaan täyttämättömien tarpeiden tunnistamista (Hébert & Fillion, 2011, 114–116). Palliatiivinen hoito perustuu oireiden hallintaan ja fyysiseen tukeen. Tavoitteena on, että potilaat nauttivat viimeisistä hetkistään kivuttomasti ja niin, että heidän oireensa ovat hallinnassa. Tutkimukset ovat osoittaneet, että on olennaisen tärkeää, että sairaanhoitajat hoitavat potilasta paitsi fyysisesti, mutta myös toimivat kokonaisvaltaisena tukena, näkevät potilaiden todellisen tilanteen sekä voivat puuttua hoitoon potilaan ja perheenjäsenen elämänlaadun parantamiseksi. (dos Santos Coropes ym. 2016, 4927, 4930, 4932.) Kuten Mattila (2011, 17) esittää, tuen tavoitteena on auttaa potilasta selviytymään elämänmuutostilanteessa sekä edistää potilaan hyvinvointia ja voimavaroja. Kun potilaalle annetaan tavoitteellista tukea, se näkyy hoidon lopputuloksen kautta. Potilaan oma aktiivisuus on tällöin olennaisessa osassa. Tuki itsessään antaa voimavaroja ja niitä hyödyntämällä potilas voi selviytyä erilaisista tilanteista.

*Vuorovaikutuksellisen tukemisen* tavoitteena ja edellytyksenä on, että kaikki keskusteluun osallistuvat henkilöt tulevat ymmärretyksi. Yksi edellytys onnistuneen vuorovaikutuksen onnistumiseksi on, että kuuntelija ymmärtää edellisen keskustelijan vuoron, jotta hän voi ymmärtää, milloin voi alkaa itse keskustella. Sairaanhoitajan tulee keskustella potilaan kanssa ymmärrettävällä kielellä. (Kuruhila 2011, 145.) Myös Eriksonin ym. (2015, 31) mukaan vuorovaikutustaidot ovat osa sairaanhoitajan ammattipätevyyden osaamisalueista. On todettu, että oireiden tunnistaminen ja sanoittaminen voi olla hyvin haastavaa potilaalle. Näin ollen sairaanhoitajan täytyy keksiä muitakin keinoja ymmärtää potilasta kuin keskustelu. Tähän on luotu erilaisia oiremittareita, muun muassa elämänlaatumittarit sekä toimintakykyasteikot. Näihin oiremittareiden tulosten selvittämiseen tarvitaan sairaanhoitajalta paljon vuorovaikutustaitoja. (Hänninen 2015, 34–35.) Vilén ym. (2008, 11–12, 20–23) kuvaavat, että sairaanhoitajan antama vuorovaikutuksellinen tukeminen on sisällöltään tiedottamista, neuvomista ja opettamista. Vuorovaikutuskeinoja voi olla kaksi: sanallinen ja sanaton viestintä. Asiakaslähtöisyys on olennainen osa vuorovaikutuksellista tukemista. Onnistuneen keskustelun ohjeena voidaan pitää sitä, että sairaanhoitaja ottaa keskustelun vakavasti. Tällä tarkoitetaan, että sairaanhoitaja kysyy potilaalta

asioita ilman johdattelua tai taka-ajatuksia. Tavoite tällaisessa keskustelussa on saada potilas kertomaan omista kokemuksistaan kuoleman lähestyessä, jolloin hoitoratkaisut voivat olla helpompi tehdä. (Juhela 2015, 282.) Lisäksi tunteet ovat iso osa vuorovaikutusta. Tunteiden ilmaiseminen on aina sidoksissa keskusteluun äänen sävyn, rytmin ja voimakkuuden kautta, joten niiden kautta potilas aistii sairaanhoitajan tunteet. (Hietanen 2015, 244.) Jokainen potilas on erilainen ja yksilöllinen, joten vuorovaikutustilanne on rakennettava jokaisen potilaan kohdalla erikseen (Vilén ym. 2008, 11–12, 20–23).

Väestön terveyden edistäminen ja ylläpitäminen, sairauksien ehkäiseminen sekä kärsimyksen lievittäminen ovat sairaanhoitajan ammatillisia tehtäviä. Sairaanhoitaja auttaa yksilöitä, perheitä ja yhteisöjä erilaisissa elämäntilanteissa. Hänen pyrkimyksenään on tukea ja lisätä potilaiden ja perheenjäsenten omia voimavaroja sekä parantaa heidän elämänlaatuaan. (L 28.6.1994/559, 3 luku, 15 §; Puttonen 17.10.2017a.) Kuten Surakka ym. (2015, 10–12) kertovat julkaisussaan, että palliatiivisessa hoitotyössä ammatillisuus kehittyy jatkuvasti ja se on perusta asiantuntijuudelle. Jotta *sairaanhoitaja tuen antajana* täyttää edellytyksen asiantuntijana, täytyy hänen tuntea palliatiivista ja kuolevan hoitamista koskevat suositukset ja säädökset, kuten Käypä hoito -suositukset, hoitotyön suositukset ja lait. Sairaanhoitajan velvollisuutena on ylläpitää sekä parantaa omaa ammattitaitoa terveydenhuollon ammattihenkilöistä säädetyn lain ja sairaanhoitajan eettisten ohjeiden mukaan. Ammattitaidon ylläpitämiseksi sairaanhoitajan tulee osallistua täydennyskoulutuksiin, kehittää ammatillista koulutusta, edistää tieteellisyyttä ja lisätä asiantuntijuutta. Hänen tulee olla perehtynyt ammatillista toimintaa koskeviin säännöksiin ja määräyksiin. (L 28.6.1994/559, 3 luku, 15 §; Puttonen 17.10.2017b.)

## 8.2 Eettisyys ja luotettavuus

Tutkimusetiikka tarkoittaa tieteellistä tapaa, jota tutkijan olisi hyvä noudattaa (Vilkkä 2015, 228). Tutkimuksen eettisyydestä puhuttaessa on tärkeää, että tutkimuksessa on käytetty hyviä tieteellisiä taitoja sekä toimintatapoja kaikissa mahdollisissa tutkimuksen vaiheissa. Opinnäytetyön tekeminen vaati tarkkuutta. (Kuula 2011, 34.) Opinnäytetyö tuli suorittaa hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla, koska

tällöin tieteellinen tutkimus on eettisesti hyväksyttävää ja luotettavaa. Jokainen ryhmän jäsen oli velvollinen huolehtimaan siitä, että hyvä tieteellinen käytäntö toteutuu. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.)

Kun tutkimusaihetta valittiin, täytyi olla tarkka, etteivät aiheet loukkaa ketään tai sillä oletuksia, jotka väheksyvät jotain potilas- tai ihmisryhmää (Leino-Kilpi & Välimäki 2014, 366). Opinnäytetyön aihe oli melko arka, koska siihen liittyy vakava sairaus ja elämän viimeiset hetket, joten opinnäytetyössä oli kiinnitettävä erityistä huomiota tähän seikkaan. Aineistonkeruun aikana oli tärkeää, että kiinnitetään huomiota tutkittavien asioiden ja ihmisten oikeudenmukaiseen kohteluun. Tässä on tärkeä pitää lähtökohtana sitä, että toimimme rehellisesti ja kunnioittavasti tutkittavaa asiaa kohtaan. (Leino-Kilpi & Välimäki 2014, 366.) Opinnäytetyössä ei haastateltu ketään, joten arviointi eettisyydestä perustui käytettyihin lähteisiin.

Opinnäytetyötä tehtäessä on eettisesti väärin, jos tutkimustuloksia tietoisesti väärennetään. Suoraa väärennöstä kutsutaan plagioimiseksi, eli toisen kirjoittajan tekstin suoraa lainaamiseksi. Tällöin ei ole mainintaa myöskään alkuperäisestä lähteestä. (Leino-Kilpi & Välimäki 2014, 371.) Opinnäytetyötä tehtäessä huomioitiin, ettei plagiointia pääse tapahtumaan tai lähteitä käytetty väärin. Kaikki lähteet, joita käytettiin, merkittiin lähdeluetteloon ja -viitteisiin. Näin varmistettiin, että tekijänoikeudet ja kunnioitus alkuperäisiä tutkijoita kohtaan säilyivät. Tutkimustietoa käytettäessä noudatimme tiedeyhteisön tunnustamia toimintatapoja, joita ovat rehellisyys, yleinen huolellisuus, tarkkuus tutkimustyössä, tulosten tallentaminen ja esittäminen sekä tutkimusten ja niiden tulosten arvioiminen (Hyvä tieteellinen käytäntö 2014).

Haetun tutkimustiedon tuli olla luotettavaa. Virheellistä hakua täytyi välttää, koska se olisi tehnyt tutkimuksesta epäluotettavan. Kirjallisuuskatsausta tehtäessä oli tärkeää, miten ja minkälaista tietoa tekstiinsä hakee. Aineiston hakuun tarvittiin hakustrategia, koska jos haku olisi ollut virheellistä, tämä olisi voinut johtaa opinnäytetyön väärin johtopäätöksiin. (Stolt ym. 2016, 25.)

Opinnäytetyön tuloksia läpikäydessä löydettiin paljon tutkimuksia, joissa oli täysin samaa tietoa. Tästä voitiin päätellä, että jos tutkimus tehtäisiin uudestaan, saataisiin todennäköisesti melko samanlaiset tutkimustulokset. Tämä tukee sitä, että opinnäytetyön tulokset olivat luotettavia. Luotettavuutta tuki kolmen opinnäytetyön tekijän

arviointi käytetyistä lähteistä. Lähteitä etsittiin vain tieteellisistä tietokannoista, ja niiden käyttökelpoisuus arvioitiin tarkkaan. Jotkut lähteet olivat hieman vanhoja, mutta työtä tehtäessä huomattiin niissä olevan paljon samaa mitä uusissa tutkimuksissa. Näin ollen päädyttiin ratkaisuun, että näitäkin lähteitä voitiin käyttää ilman, että opinnäytetyön luotettavuus heikkenisi. Opinnäytetyössä käytettiin englanninkielisiä lähteitä suomenkielisten lähteiden lisäksi. Nämä kansainväliset lähteet suomennettiin tarkasti, jotta asiavirheitä ei päässyt syntymään.

### 8.3 Opinnäytetyön prosessin pohdinta

Opinnäytetyön tekeminen aloitettiin syksyllä 2016. Tällöin valittiin aiheet sekä alettiin tehdä opinnäytetyön suunnitelmaa. Ensimmäisenä vaiheena alettiin etsiä tietoa tietokannoista. Tietoa etsiessä ilmeni, että aiheesta löytyi paljon luotettavia lähteitä, sillä aihetta on tutkittu paljon. Oleellista tiedonhaussa oli, että opinnäytetyössä keskityttiin sairaanhoitajaan potilaan tukijana, ei perheenjäsenen. Tämä rajasi lähteitä melko paljon.

Opinnäytetyön suurin vaihe oli tutkimustiedon lukeminen ja kriittinen arvioiminen. Kaikki opinnäytetyön tekijät lukivat monta kuukautta erilaisia tutkimuksia, jotta saatiin kokonaiskuva opinnäytetyöstä ja sen sisällöstä. Syksyllä 2017 alettiin kirjoittaa virallista opinnäytetyötä. Opinnäytetyötä tehtäessä luotiin aiherunko, jonka pohjalta saatiin kirjoitettua tuloksia. Aiheet jaettiin tekijöiden kesken, jotta opinnäytetyö etenisi nopeampaa tahtia. Tekstit koottiin yhdessä, jotta tekstistä saatiin yhtenäistä. Opinnäytetyötä tehtäessä oltiin yhteydessä ohjaavaan opettajaan, jolta saatiin neuvoja opinnäytetyön edetessä.

Kokonaisuudessaan opinnäytetyön prosessi oli opettavainen ja vahvisti ammatillista kasvamista. Opinnäytetyön eri vaiheet tulivat tutuksi. Erityisesti tutkimuslähteiden haku sekä lähdekritiikki kehittyivät. Kirjallisuuskatsauksen vaiheet olivat aluksi hankala ymmärtää, mutta opinnäytetyön edetessä sen runko hahmottui vähitellen. Koska tekijöitä oli kolme, yhdessä työskentely oli toisinaan haasteellista. Aikataulujen yhteensovittaminen ei aina onnistunut. Prosessi opetti yhteistyötaitoja.

#### 8.4 Jatkotutkimusaiheet ja kehittämisehdotukset

Näyttöön perustuvaa hoitotyötä tulisi käyttää sairaanhoitajakoulutuksessa enemmän, kun puhutaan palliatiivisesta hoitotyöstä. Näyttöön perustuva hoitotyö tarkoittaa sillä hetkellä parhaan tiedon arviointia huolellisesti. Sitä tulee käyttää harkitusti yksittäiseen potilaaseen, potilasryhmään tai koko väestöön, kun tehdään päätöksiä heidän terveyttä koskevista kysymyksistä. Päätökset voidaan jakaa neljään eri ulottuvuuteen. Näitä ulottuvuuksia ovat hoitotyön asiantuntijuus, potilaan tieto ja taito, tutkimuksen antama näyttö sekä käytettävissä olevat resurssit. (Häggman-Laitila, 2009.)

Ajantasaisten tutkimustietojen löytämisen jälkeen suunnitellaan hoitotyön muutos. Käytännön hoitotyöhön on tutkimusten perusteella tehtävä yksinkertaiset ja selkeät ohjeistukset. Käyttöönottoon on hyvä kokeilla pilotointia, koska tämä lisää hoitotyöntekijöiden osallistumista. Pilotointiin käytetään erilaisia analyysimenetelmiä, mutta päätavoite on kaikilla se, että ohjeet ovat ymmärretty ja niitä käytetään oikein. Kun uusi toimintatapa todetaan oikeanlaiseksi ja käyttökelpoiseksi, se voidaan ottaa käyttöön hoitotyössä. (Häggman-Laitila, 2009.)

Tämän opinnäytetyön pohjalta voitaisiin kehittää palliatiivisen hoidon tuen eri merkityksien osaamista. Jatkotutkimuskysymyksenä on: Miten sairaanhoitajakoulutuksessa voidaan kehittää palliatiivisen hoidon osaamista?

Johtopäätöksenä opinnäytetyöstä voidaan todeta, että vastavuoroisen ja luottamuksellisen hoitosuhteen luominen on ensiarvoisen tärkeää. Sairaanhoitajan tukea ei koeta hyväksi, jos luottamusta ei löydy.

## LÄHTEET

- Anttonen, M. S. & Kiuru, S. 2014. Palliatiivisen hoidon määrittely. Teoksessa: H. Erjanti, M.S. Anttonen, A. Grönlund & S. Kiuru (toim.) Palliatiivisen- ja saattohoitotyön nykytila, tulevaisuus ja kehittämishaasteet. Helsinki: Fioca Oy, 13.
- Clucas, C. 2015. Cancer patients' respect experience in relation to perceived communication behaviours from hospital staff: analysis of the 2012-2013 National Cancer Patient Experience Survey. [Verkkolehtiartikkeli]. Support Care Cancer 2016 (24), 1719–1728. [Viitattu 13.12.2017]. Saatavana Cinahl –tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Dos Santos Coropes, V. B. A., Cavalcanti Valente, G. S., Fortuna de Oliveira, A. C., de Paula, C. L., Santos de Sounza, C. Q. & Leite Funchal Camacho, A. C. 2016. Opinion of Terminal Cancer Patients on Nursing Assistance: Integrative Review. [Verkkolehtiartikkeli]. Journal of Nursing UFPE 6 (10), 4927–4933. [Viitattu 16.12.2017]. Saatavana Cinahl-tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Elo, S., Pölkki, T., Kääriäinen, M. & Kanste, O. 2011. Sisällön analyysi suomalaisessa hoitotieteellisessä tutkimuksessa. Hoitotiede 23 (2), 138–148.
- Eriksson, E., Korhonen, T., Merasto, M. & Moisio, E-L. 2015. Sairaanhoitajan ammatillinen osaaminen: Sairaanhoitajakoulutuksen tulevaisuus -hanke. [Verkkojulkaisu]. Porvoo: Bookwell Oy. [Viitattu 16.3.2017]. Saatavana: <https://sairaanhoitajat.fi/wp-content/uploads/2015/09/Sairaanhoitajan-ammattillinen-osaaminen.pdf>
- Erjanti, H., Anttonen, M. S., Grönlund, A. & Kiuru, S. 2014. Palliatiivisen ja saattohoitopotilaan sekä läheisen tuen kehittäminen. Teoksessa: H. Erjanti, M.S. Anttonen, A. Grönlund & S. Kiuru (toim.) Palliatiivisen- ja saattohoitotyön nykytila, tulevaisuus ja kehittämishaasteet. Helsinki: Fioca Oy, 43.
- Hahtela, N. & Meretoja, R. 2017. Sairaanhoitajan työnkuvan muutokset sote-uudistuksessa. Tutkiva hoitotyö 15 (1), 36–37.
- Hébert, J. & Fillion, U. 2011. Gaining a better understanding of the support function of oncology nurse navigators from their own perspective and that of people living with cancer: Part 2. [Verkkolehtiartikkeli]. Canadian Oncology Nursing Journal. [Viitattu 29.11.2017]. Saatavana Cinahl-tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Hietanen, P. 2015. Sanallinen ja sanaton viestintä. Teoksessa: T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen & A. Vainio (toim.) Palliatiivinen hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 244–245.

Hyvä tieteellinen käytäntö. 2012. [Verkkosivu]. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. [Viitattu 1.12.2017]. Saatavana: <http://www.tenk.fi/fi/hyva-tieteellinen-kaytanto>

Häggman-Laitila, A. 2009. Näyttöön perustuvan hoitotyön edistäminen – systemoitu katsaus toimintamalleihin. *Tutkiva Hoitotyö* 7 (3), 20–27.

Hänninen, J. 2015. Oiremittarit ja toimintakykyasteikot palliatiivisessa hoidossa. Teoksessa: T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen & A. Vainio (toim.) *Palliatiivinen hoito*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 34–37.

Hänninen, J. 2015. Saattohoito. Teoksessa: T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen & A. Vainio (toim.) *Palliatiivinen hoito*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 10–11.

Isola, J & Kallioniemi, A. 2013. Kasvainsairauksien määritelmä ja jaottelu. Teoksessa: H. Joensuu, P. J. Roberts, P-L. Kellokumpu-Lehtinen, S. Jyrkkö, M. Kouri & L. Teppo (toim.) *Syöpätaudit*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 10.

Juhela, P. 2015. Perheen haasteet palliatiivisessa hoidossa. Teoksessa: T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen & A. Vainio (toim.) *Palliatiivinen hoito*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 280–284.

Kisvetrová, H., Klugar, M. & Kabelka, L. 2013. Spiritual support interventions in nursing care for patients suffering death anxiety in the final phase of life. [Verkkojulkaisu]. *International Journal of Palliative Nursing* 19 (12), 601, 604. [Viitattu 29.11.2017]. Saatavana Cinahl -tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.

Kuolevan potilaan oireiden hoito 2016. [Verkkojulkaisu]. Duodecim: Käypä hoito -suositus. [Viitattu 7.2.2017]. Saatavana: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosittukset/suositus?id=hoi50063>

Kurhila, S. 2011. Kun ymmärtäminen on vaakalaudalla – kohdentamattomat korjaustilanteet kakkoskielisessä keskustelussa. Teoksessa: L. Leskelä & C. Lindholm (toim.) *Haavoittuva keskustelu - Keskusteluanalyttisiä tutkimuksia kielellisesti epäsymmetrisestä vuorovaikutuksesta*. Helsinki: Solver Palvelut Oy, 145–183.

Kuula, A. 2011. Tutkimusetiikka – aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. 2. uud. p. Tampere: Vastapaino.

Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. *Hoitotiede* 11 (1), 3–12.

L 17.8.1992/785. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista.

L 28.6.1994/559. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä.

- Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2014. Etiikka hoitotyössä. 8. uud. p. Helsinki: Sano-  
mapro Oy.
- Mattila, E. 2011. Aikuispotilaan ja perheenjäsenen emotionaalinen ja tiedollinen  
tuki sairaalahoidon aikana. [Väitöskirja]. Terveystieteiden yksikkö: Tampereen  
yliopisto. Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy – Juvenes Print.
- Pavlish, C. & Ceronsky, L. 2009. Oncology Nurses' Perceptions of Nursing Roles  
and Professional Attributes in Palliative Care. [Verkkolehtiartikkeli]. Clinical  
Journal of Oncology Nursing 13 (4), 404–412. [Viitattu 13.12.2017]. Saatavana  
Cinahl-tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Puttonen, J. 17.10.2017. Sairaanhoidajan eettiset velvollisuudet. [Verkkojulkaisu].  
Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. [Viitattu 16.12.2017]. Saatavana Ter-  
veysportista. Vaatii käyttöoikeuden.
- Puttonen, J. 17.10.2017. Sairaanhoidajan oikeudellinen asema. [Verkkojulkaisu].  
Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. [Viitattu 16.12.2017]. Saatavana Ter-  
veysportista. Vaatii käyttöoikeuden.
- Saarto, T. 2015a. Palliatiivisen hoidon määritelmä. Teoksessa: T. Saarto, J. Hän-  
ninen, R. Antikainen & A. Vainio (toim.) Palliatiivinen hoito. Helsinki: Kustannus  
Oy Duodecim, 10.
- Saarto, T. 2015b. Palliatiivisen hoidon tarkoitus. Teoksessa: T. Saarto, J. Hän-  
ninen, R. Antikainen & A. Vainio (toim.) Palliatiivinen hoito. Helsinki: Kustannus  
Oy Duodecim, 10.
- Saarto, T. 2015c. Palliatiivisen hoidon asema Suomessa. Teoksessa: T. Saarto, J.  
Hänninen, R. Antikainen & A. Vainio (toim.) Palliatiivinen hoito. Helsinki: Kus-  
tannus Oy Duodecim, 23–25.
- Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus – Johdatus kirjallisuuskatsauksen  
tyyppeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. [Verkkojulkaisu]. Vaasa: Vaasan  
yliopisto. [Viitattu 18.12.2017]. Saatavana: [http://www.uva.fi/materi-  
aali/pdf/isbn\\_978-952-476-349-3.pdf](http://www.uva.fi/materi-aali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf)
- Saneto, M. 2012. Social Support that Patients with Breast Cancer Recognize as  
Beneficial: Focusing on the Role of Nurse. [Verkkolehtiartikkeli]. 33rd Interna-  
tional Association for Human Caring Conference Caring Connections: Re-  
search, Practice, Education 16 (3), 85–86. [Viitattu 28.11.2017]. Saatavana  
Cinahl-tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Sankila, R. 2013. Syövän yleisyys. Teoksessa: H. Joensuu, P. J. Roberts, P-L.  
Kellokumpu-Lehtinen, S. Jyrkkiö, M. Kouri & L. Teppo (toim.) Syöpätaudit. Hel-  
sinki: Kustannus Oy Duodecim, 30–32.



- Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R. 2016. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. 2. korj. p. Turku: Turun Yliopisto.
- Surakka, T., Mattila, K-P., Åstedt-Kurki, P., Kylmä, J. & Kaunonen, M. 2015. Palliatiivinen hoitotyö: Parantumattomasti sairas ja hänen perheensä. Helsinki: Fioca Oy.
- Syöpätaudit. Ei päiväystä. [Verkkosivu]. Kaikki syövästä. [Viitattu 12.12.2017]. Saatavana: <https://www.kaikkisyovasta.fi/tietoa-syovasta/syopataudit/>
- Syövän yleisyys. 26.9.2014. [Verkkosivu]. Helsinki: Terveystieteiden tutkimuskeskus (THL). [Viitattu 7.2.2017]. Saatavana: <https://www.thl.fi/fi/web/kansantaudit/syopa/syovan-yleisyys>
- Tyynelä-Korhonen 2013. Palliatiivisen hoidon opetus. [Verkkojulkaisu]. Helsinki: Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. [Viitattu 1.12.2017]. Saatavana: <http://duodecimlehti.fi/duo10819>
- Vilén, M., Leppämäki, P. & Ekström, L. 2008. Vuorovaikutuksellinen tukeminen. 3. uud. p. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Vilka, H. 2015. Tutki ja kehitä. 4. uud. p. Jyväskylä: PS-kustannus.

## KIRJALLISUUSKATSAUKSESSA KÄYTETYT LÄHTEET

- Aalberg, V. & Idman, I. 2013. Psyykkiset reaktiot syöpäsairauden diagnoosivaiheessa. Teoksessa: H. Joensuu, P. J. Roberts, P-L. Kellokumpu-Lehtinen, S. Jyrkkiö, M. Kouri & L. Teppo (toim.) Syöpätaudit. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 865–866.
- Ahokas-Kukkonen, I. 2008. Palliatiivisen hoidon mahdollisuudet kotihoidossa. Teoksessa: H. Myller (toim.) Palliatiivinen hoito – elämänlaatua parantumattomasti sairaille potilaille. Joensuu: Yliopistopaino, 20–23.
- Chen, C. & Raingruber, B. 2014. Educational Needs of Inpatient Oncology Nurses in Providing Psychosocial Care. [Verkkolehtiartikkeli]. Clinical Journal of Oncology Nursing 18 (1), E1–E5. [Viitattu 6.12.2017]. Saatavana Cinahl-tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Fitch, M., DasGupta, T. & Ford, B. 2016. Achieving Excellence in Palliative Care: Perspectives of Health Care Professionals. [Verkkojulkaisu]. Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing. [Viitattu 6.12.2017]. Saatavana: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5123548/>
- Grönlund, E. & Huhtinen, A. 2011. Kuolevan hyvä hoito. Helsinki: Edita Prima.
- Heikkinen, H., Kannel, V. & Latvala, E. 2004. Saattohoito – haaste moniammatilliselle yhteistyölle. Porvoo: WS Bookwell Oy.
- Hiltunen, P. 2015. Psykososiaalinen tuki vanhuspotilailla. Teoksessa: T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen & A. Vainio (toim.) Palliatiivinen hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 223–226.
- Idman, I. & Aalberg, V. 2013. Psykososiaalisen tuen toimintamallit syöpätaudeissa. Teoksessa: H. Joensuu, P. J. Roberts, P-L. Kellokumpu-Lehtinen, S. Jyrkkiö, M. Kouri & L. Teppo (toim.) Syöpätaudit. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 860.
- Idman, I. & Aalberg, V. 2013. Psyykkiset reaktiot syöpäsairauden terminaalivaiheessa. Teoksessa: H. Joensuu, P. J. Roberts, P-L. Kellokumpu-Lehtinen, S. Jyrkkiö, M. Kouri & L. Teppo (toim.) Syöpätaudit. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 869–870.
- Idman, I. 2015. Psykososiaalinen tuki ja psyykkisten oireiden hoito syöpäpotilailla. Teoksessa: T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen & A. Vainio (toim.) Palliatiivinen hoito. Helsinki: Duodecim Oy, 218–223.

- Kangasniemi, M., Pietilä, A-M. & Saarto, T. 2015. Elämänlaatu ja palliatiivinen hoito. Teoksessa: T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen & A. Vainio (toim.) Palliatiivinen hoito. Helsinki: Duodecim Oy, 214–215.
- Mattila, E., Kaunonen, M., Aalto, P., Ollikainen, J. & Åsted-Kurki, P. 2010a. Support for hospital patients and associated factors. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 24 (4), 734–745.
- Mattila, E., Kaunonen, M., Aalto, P., Ollikainen, J. & Åsted-Kurki, P. 2010b. Syöpäpotilaan ja perheenjäsenen tukeminen sairaalassa: tuen tarpeen tunnistaminen ja tukemisen tavoitteet. *Tutkiva hoitotyö* 8 (2), 31–38.
- Mikkola, L. 2006. Tuen merkitykset potilaan ja hoitajan vuorovaikutuksessa. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.
- Myller, H. 2007. Palliatiivinen hoito ja visioita palliatiivisen hoidon kehittämiseen Pohjois-Karjalassa. Teoksessa: H. Myller (toim.) Palliatiivinen hoito – elämänlaatua parantumattomasti sairaille potilaille. Joensuu: Yliopistopaino, 9–11.
- Päivinen, K. 2007. Järjestön merkitys ja tuki palliatiivisessa hoidossa. Teoksessa: H. Myller (toim.) Palliatiivinen hoito – elämänlaatua parantumattomasti sairaille potilaille. Joensuu: Yliopistopaino, 28–33.
- Sairaanhoitajien ja syöpää sairastavien aikuispotilaiden tehokas viestintä sairaalassa. 2011. Joanna Briggs Instituutin julkaisema tutkimusnäyttöön perustuva hoitosuositus (JBI-suositus). [Verkkolehtiartikkeli]. Joanna Briggs Instituutti: Best Practice 15 (1), 1–5. [Viitattu 5.12.2017]. Saatavana: [http://www.hotus.fi/system/files/BPIS\\_ennakko\\_2011-1\\_0.pdf](http://www.hotus.fi/system/files/BPIS_ennakko_2011-1_0.pdf)
- Saukkonen, M., Viitala, A., Lehto, J. T. & Åstedt-Kurki, P. 2017. Syöpäpotilaan ja hänen läheisensä selviytymistä edistävät tekijät palliatiivisen hoidon aikana – systemaattien kirjallisuuskatsaus. *Hoitotiede* 29 (3), 195–206.
- Towers, R. 2007. Providing psychological support for patients with cancer. [Verkkolehtiartikkeli]. *Nursing Standard* 22 (12), 50–57. [Viitattu 5.12.2017]. Saatavana Cinahl-tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.

## **LIITTEET**

Liite 1. Tiedonhakutaulukko

Liite 2. Analyysirunko

## LIITE 1 Tiedonhakutaulukko

Tietokanta	Hakusanat	Hakutulos	Otsikon perus- teella va- litut	Tiivistel- män pe- rusteella	Kirjalli- suuskat- sauk- seen va- litut
Aleksi	sairaanhoitaja JA työ  2007-2017	702	5	1	1
Cinahl	support AND nurse AND can- cer (Full text)	75	10	8	3
Melinda	sairaanhoitaja AND tukeminen;  palliativinen AND syöpä	18  4	2  3	0  -	0  -
Medic	nurs* AND pallia- tiv* AND care*  2007-2017	33	14	8	1
PubMed	cancer AND sup- port AND pallia- tive care AND nurse  Free Full text  2012-2017	89	6	1	1

Manuaali- haku	SeAMK Finna:	45	6	3	3
	palliativinen hoito,				
	sairaanhoitaja tuki	129	3	1	1
	Hotus: JBI-suosi- tukset	1	1	1	1
	lähdeluettelo				6
Yhteensä		1096	50	23	19

**LIITE 2 Analyysirunko**

<b>Yläluokka</b>	<b>Alaluokka</b>
Kokonaisvaltainen hoitotyö	Tuen tarpeen arviointi
	Perehtyminen potilaan kokonaistilanteeseen
	Hoitosuhde on vastavuoroista rakentamista
Emotionaalinen tukeminen	Hyvä hoitosuhde
	Ajan antaminen ja saatavilla oleminen
	Hyväksyä potilas ehdoitta
	Taito nähdä sanojen ja hiljaisuuden taakse
Fyysinen tukeminen	Konkreettinen tukeminen
	Omatoimisuuteen tukeminen
	Konsultaatioapu
Vuorovaikutuksellinen tukeminen	Potilaan tukeminen vuorovaikutuksellisen keinoin
	Tunteista puhumisen kannustaminen
	Pyrkiä tarjoamaan potilaille tarpeiden mukaista ohjausta

Sairaanhoitaja tuen antajana	Ammattitaitoinen ja oikea-aikainen palliatiivinen hoito
	Monitieteellinen tukeminen
	Aloitteellinen tuen antaja
	Huomioida läheisten halu osallistua potilaan hoitoon
	Realistinen ohjaus